



Aplicación DE EXENCIÓN PARA NIÑOS CON COMPLEJIDADES MÉDICAS DE UTAH

Instrucciones para la Aplicación para niños con complejidades médicas

(Por favor lea cuidadosamente las siguientes instrucciones)

La Legislatura del Estado de Utah autorizó la Exención para Niños Médicamente Complejos (el programa) como un programa continuo (HB100, Sesión General de 2018). Los niños inscritos en este programa tendrán acceso a servicios de relevo y los servicios tradicionales de Medicaid. **El período de aplicación actual es del 1 de Julio al 31 de Julio de 2021** Para calificar, un niño debe cumplir con los siguientes criterios:

- Tener 18 años de edad o menos (la persona es elegible hasta cumplir los 19 años)
- Tener 3 o más médicos especialistas, además de su doctor de atención primaria
- Mostrar complejidad médica que involucre 3 o más sistemas de órganos
- Demostrar un nivel de complejidad médica basado en una combinación de necesidades de que requieren de apoyo basado en dispositivos, de alta utilización de terapias médicas y necesidad de tratamientos e intervenciones médicas frecuentes.
- Tener un grado de discapacidad determinado por el junta de revisión médica para el estado

Para ser considerado para participar, esta aplicación debe estar completa y incluir los adjuntos requeridos. Estaremos solicitando una copia del historial más reciente y el examen físico o exámenes de niño sano. Esta documentación debe incluir antecedentes médicos y quirúrgicos, lista de problemas o diagnósticos, lista de medicamentos activos, alergias, signos vitales, examen físico y un plan de atención. Nosotros preguntaremos al proveedor de atención primaria que complete un formulario de certificación.

La información presentada debe ser del período de 24 meses inmediatamente anterior al mes de la aplicación de inscripción en el programa (o menos, si el solicitante es menor a 24 meses de edad). Toda la información de la salud será verificada con la documentación médica por personal clínico de Medicaid.

Si tiene varios hijos en su familia que desea inscribir en el programa, deberá llenar una Aplicación separada para cada uno.

Por favor, lea todas las instrucciones de la aplicación completamente y con cuidado.

Además de esta aplicación, serás requerido que presente documentación de apoyo adicional. Esta documentación debe ser suficiente para validar la información de esta aplicación. Sin la documentación de apoyo, su aplicación NO SE CONSIDERARÁ COMPLETA.

Su documentación de apoyo debe incluir:

- **Formulario de autorización para revelar información médica (estará en nuestro sitio web) o proporcionar una copia del historial médico y del examen físico más recientes del niño por parte del proveedor de atención primaria.**

una copia del historial y chequeo físico o del niño sano completado dentro de los últimos 24 meses;

- Si el solicitante tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP), incluya el IEP con la solicitud presentada

Para que sean consideradas las aplicaciones deben llenarse completamente. **NO SE ACEPTARÁN APLICACIONES INCOMPLETAS.** Nosotros estaremos aceptando las aplicaciones en línea, por correo o fax utilizando la siguiente información de contacto

FAX: 801-323-1593

MAIL: Utah Department of Health
Medically Complex Children's Waiver
Division of Medicaid and Health Financing
Bureau of Long Term Services and Supports
PO Box 143112
Salt Lake City, Utah 84114-3112

- Si su aplicación es enviada por correo, debe presentar la fecha de envío estampada por la oficina postal durante el período de aplicación. (Ser consciente que para esto debe ir a la oficina postal y pedir que su correspondencia sea estampada con la fecha de envío).

Por favor tenga en cuenta que la aplicación para este programa es un proceso de dos pasos que incluyen: 1) Elegibilidad del programa y 2) Elegibilidad financiera. El propósito de esta aplicación es determinar si su niño cumple con los requisitos específicos Del programa. Para determinar si su niño cumple con el criterio de elegibilidad financiera,

Se requiere que llene una aplicación para Medicaid en el Departamento de Servicios (o DWS en inglés). Sólo se tomarán en cuenta los ingresos y bienes del niño para determinar su elegibilidad financiera.

Si su hijo es seleccionado para participar en el programa, el Departamento se comunicará con usted para que complete la parte de elegibilidad financiera de la solicitud. También puede encontrar información adicional sobre la elegibilidad financiera en:

<https://medicaid.utah.gov/apply-medicaid>

Para más información por favor contactar al Departamento de Salud del estado de Utah por el número de discado gratuito: 1-800-662-9651, opción 5

Correo electrónico: mccw@utah.gov

Las aplicaciones NO SERÁN ACEPTADAS por correo electrónico. Por favor, no envíe ninguna información privada de salud a esta dirección de correo electrónico.

Nombre del médico proveedor	Especialidad	Condición/Diagnóstico	Fecha de la última vez que lo vio el
Nombre del médico proveedor	Especialidad	Condición/Diagnóstico	Fecha de la última vez que lo vio el
Nombre del médico proveedor	Especialidad	Condición/Diagnóstico	Fecha de la última vez que lo vio el
Nombre del médico proveedor	Especialidad	Condición/Diagnóstico	Fecha de la última vez que lo vio el

Por favor enumere diagnóstico adicional:

Indique si su hijo tiene una dependencia prolongada de dispositivos médicos, tratamientos, terapias o servicios de subespecialidad

Indique si su hijo tiene una dependencia prolongada (más de 3 meses) de dispositivos médicos o tratamientos para apoyar el funcionamiento adecuado de los órganos. No incluya períodos de aumento de la enfermedad en su respuesta, ya que se prevé que tales necesidades serán temporales (menos de 3 meses).

- Traqueotomía – con o sin humidificación
- Tecnología implantable; derivaciones, bombas (por ejemplo insulina, baclofeno, estimulador del nervio vago, etc.)
- Ventilación diaria; invasivo (a través de una traqueotomía) o no invasivo (cpap, bipap, etc.)
- Uso diario de oxígeno
- Diario Succión nasal, oral, faríngea
- Asistencia diaria para la tos, o uso diario de chaleco de fisioterapia pectoral o tratamientos de fisioterapia pectoral manuales
- Monitores – cardiorespiratorios, oxímetros de pulso, de apnea, glucómetros, etc

- Catéter urinario (vesicostomía, catéter permanente o intermitente)
- Colostomía o programa para complejidad intestinal
- Incontinencia urinaria o intestinal diaria (el niño debe ser mayor de 3 años), esto no incluye incontinencia de urgencia o enuresis nocturna
- Enuresis nocturna nocturna (el niño debe ser mayor de 5 años)
- Cuidado diario de heridas o cambios de apósitos estériles (NO incluye traqueostomía, vía intravenosa, estoma o sitios de sonda de alimentación)
- Alimentación por tubo (bolo o continuo)
- Convulsiones severas que requieren por lo menos intervención mínima una o más veces por mes
- Infusiones a través de un catéter venoso central (p. Ej., PICC, Broviac, Port-a-Cath, etc.) al menos una vez al mes

Indique si su hijo tiene *dependencia* por lo menos 5 medicamentos programados al día.

- Administración diaria de 5 o más medicamentos de rutina.

Nombre de la medicación:

Calendario de medicación:

Indique si su hijo tiene alguna de las siguientes limitaciones funcionales o de desarrollo y / o dependencia prolongada de dispositivos de apoyo o relacionados con la movilidad (p. Ej., Aparatos ortopédicos, AFO, sillas de ruedas, sillas de ducha, cinturones de seguridad, etc.) o terapias.

Enumere los dispositivos: _____

La alimentación oral prolongada diaria incluye no poder alimentarse por sí mismo, arquearse o ponerse rígido durante la alimentación, rechazo de la alimentación, aversión a la textura, dificultad para masticar, toser o arcadas, escupir o vómitos frecuentes, babeo excesivo de alimentos, etc.

- Alimentación oral prolongada diaria que dura más de 30 minutos.
- Terapia ocupacional al menos una vez al mes
- Terapia Fisico menos una vez al mes
- Terapia del habla al menos una vez al mes
- Terapia ABA al menos una vez al mes
- El niño es legalmente sordo y / o ciego

Por favor seleccionar el artículo de abajo que mejor describe la capacidad de movilidad de su hijo/a.

- Mi hijo es completamente inmóvil**
No puede trasladarse ni puede efectuar ajustes ligeros de su posición sin asistencia, no puede moverse a una silla y se mantiene en posición horizontal.
- La movilidad de mi hijo está muy limitada**
Puede efectuar cambios ligeros en la posición corporal o de sus extremidades, pero no puede efectuar cambios frecuentes o mayores sin asistencia. No puede soportar su propio peso y/o debe ser asistido para colocarse en su silla o silla de ruedas.
- La movilidad de mi hijo está ligeramente limitada**
Puede efectuar cambios frecuentes pero leves en la posición corporal o de sus extremidades de manera independiente. Camina o gatea ocasionalmente durante el día, pero por distancias muy cortas, con o sin asistencia.
- Mi hijo/a no tiene limitaciones de movilidad**
Camina o gatea frecuentemente y puede cambiar de posición sin asistencia.

Indique con una "X" en la columna correspondiente la capacidad de su hijo para realizar tareas de cuidado personal apropiadas para su edad.			
Habilidad de autocuidado	Independiente o apropiado para la edad	Necesita ayuda (Supervisión o Asistencia Física Mínima)	Dependiente (Asistencia completa de otro)
Bañarse			
Vestirse			
Usa el baño			
Transferir de una cama a una silla			
Caminar			
Subiendo escaleras			
Comer / alimentarse a sí mismos			

Impacto sobre el proveedor de cuidados

Responda las preguntas a continuación para proporcionar información sobre cómo las complejas condiciones médicas de su hijo han afectado a los cuidadores familiares y las finanzas en los últimos 12 meses.

Seleccione las respuestas más aplicables de los elementos a continuación:

1. ***Con que frecuencia su hijo/a duerme 6 o más horas, sin que requiera cuidados?***

- Con frecuencia (4 o más veces por semana)
- A veces (2 o más veces por semana)
- Rara vez o nunca (1 vez o menos por semana)

2. ***Con que frecuencia el proveedor de cuidados asiste a actividades fuera del hogar sin el solicitante?***

- Con frecuencia (1 o más veces por semana)
- A veces (2 o más veces por mes)
- Rara vez o nunca (Menos de 1 vez por mes)

3. ***Con qué frecuencia los demás (miembros de la familia, voluntarios, escuela, etc.) ayudan en el cuidado del niño médicamente complejo?***

- A menudo (1 o más veces por semana)
- A veces (2 o más veces al mes)
- Rara vez o nunca (1 o menos veces por semana)

Si está solicitando varios hijos en su familia, por favor indique a continuación:

4. Tengo niños adicionales que reciben servicios en la Exención para niños médicamente complejos o estoy solicitando para varios niños.

Enumere los nombres de los niños adicionales:

5 . El gasto fuera de bolsillo ANUAL de gastos médicos para los niños que estoy inscribiendo es de:

- Menos de \$7,500
- Entre \$7,501 y \$10,000
- Entre \$10,001 y \$15,000
- Entre \$15,001 y \$20,000
- Más de \$25,001

Las preguntas que siguen están relacionadas con la forma en que el cuadro de complejidades médicas, han impactad experiencia de empleo de su familia

Por Favor marcar TODAS aplicables

- Un padre o tutor ha tenido que reducir el número de horas de trabajo para cuidar al solicitante
- Un padre o tutor ha tenido que cambiar a un trabajo de menos horas o pagar para que cuiden al solicitante
- Un padre o tutor ha tenido que dejar de trabajar para cuidar el solicitante

Las siguientes preguntas están relacionadas con cómo las complejas condiciones médicas de su hijo han impactado la experiencia laboral de su familia.

Marque la casilla a continuación si su hijo tiene cobertura de seguro médico. Si su hijo tiene cobertura de seguro médico, enumere los proveedores de seguros a continuación.

Mi hijo tiene seguro médico

Esto puede incluir coberturas de programas de fondos públicos tales como Medicaid, CHIP, Medicare, etc.

Proveedora de seguros: _____

Proveedora de seguros: _____

Presentación de aplicación

Al consignar esta solicitud, certifico que la información que he dado es exacta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que dar falsa información intencionalmente es razón para que se rechace mi solicitud, o que sea terminada mi inscripción en el programa. También entiendo que mi solicitud debe estar completa para que sea considerada, y de no estar completa, será rechazada.

Fecha

Firma